Recommendations to Promote

"The Creation of an Enabling Environment for the Active Participation of Clients, Families and Volunteers in the Rehabilitation Process"

Produced By: Rehabilitation Services Advisory Committee
June 12, 1996

1.0 INTRODUCTION

The Rehabilitation Services Advisory Committee (RSAC) was asked by the Minister of Health and Community Services to provide advice regarding Strategy 3 of the Rehabilitation Services Plan (RSP). The Plan recommends a realignment of the organization and delivery of publicly funded rehabilitation services in order to improve the effectiveness of these services. In the RSP, rehabilitation service providers are identified as audiologists, occupational therapists, physiotherapists, and speech language pathologists. This paper, while directly applicable to the four groups identified in the RSP, does not restrict its recommendations only to those professions. In the context of this paper, then, rehabilitation service provider may be any one of the many provider groups who participate in the rehabilitation process.

Specifically, Strategy 3 states:

> "Region Hospital Corporations and managers of community-based services will create an enabling environment for the active participation of the individual, family and volunteers in the rehabilitation process. This may require changes in policies, procedures and/or legislation within facilities and programs..."

As a first step in providing advice regarding Strategy 3, RSAC developed a Position Statement to promote an understanding of the concepts and principles that are the underlying foundation of an enabling environment for active participation in the rehabilitation process (Appendix A). The position statement was submitted to the Minister of Health and Community Services in January 1996. The Minister subsequently endorsed RSAC's recommendation that this position statement be used to initiate discussion of how facilities and programs may incorporate the concept of active participation of individuals, families and volunteers in the rehabilitation process. The Position Statement was distributed in April 1996 to the following groups:

- Rehabilitation Services Implementation Committee;
- three Working Groups of the RSP;
- all organizations who nominated RSAC members;
- consumer/advocacy groups and;
- employers of rehabilitation professionals.

Feedback was encouraged and considered in finalizing this paper.

Following acceptance of the Position Statement, RSAC determined that the development of a Recommendations Paper on this topic would be an appropriate next step. This paper, then, focuses on specific recommendations to facilitate an enabling environment for active client participation in the rehabilitation process. It deals only with facilities within Region Hospital Corporations and community-based services as identified in Strategy 3 of the RSP. Identification of factors, which may either facilitate or inhibit the creation of an enabling environment within facilities and programs, lead to recommendations on future strategy.

2.0 GUIDING PRINCIPLES

Participation in the rehabilitation process by the client is essential in achieving expected outcomes (i.e. to maintain or improve functioning in the client's natural environment, or to prevent loss of function), to enhance client satisfaction, and to promote independent function throughout and after completion of the formal rehabilitation process.

An environment which promotes active client participation in the rehabilitation process is based on the following principles:

A. Service provision is client focused, respects client values, and is appropriate to the client's environment;

B. Service provision is equal, without discrimination based on race, religion, language, age, gender or ethnic origin;

C. Service provision promotes client self-sufficiency;

D. Clients have the right and responsibility to make informed choices;

E. Clients are assisted in making knowledgeable choices by receiving timely, accurate and appropriate information and education from service providers;

F. Clients and service providers have shared and distinct responsibility and accountability to identify, agree to, and achieve

expected service outcomes;

G. The relationship between service provider and client is viewed as a partnership characterized by mutual respect, collaboration, and communication;

H. There is collaboration amongst service providers to address client needs and achieve expected outcomes; and

I. Service providers recognize and actively address both attitudinal and physical components of an enabling environment.

An environment based on these principles will result in a partnership which recognizes and values both the expertise of the service provider and the client's experience.

3.0 IDENTIFICATION OF FACTORS AND RECOMMENDATIONS

In order to achieve the objective of active client participation, it is recognized that there are many groups who may influence the change process, each with unique and contributory responsibilities for initiating the necessary changes. These include the general public, educational institutions, professional associations, advocacy and interest groups and Department of Health and Community Services (DHCS). This paper, however, with the goal of providing concrete and achievable recommendations relevant to Region Hospital Corporations and managers of community-based services, will focus specifically on three key participant groups:

→ CLIENTS,
→ REHABILITATION SERVICE PROVIDERS, and
→ HOSPITAL CORPORATIONS (e.g. facilities and programs).

Each group is ascribed factors specific to, and under their control/influence, which either facilitate or inhibit the creation of an enabling environment for active client participation in the rehabilitation process.

3.1 CLIENTS

"Client" is used here, as in the Position Statement, in its broadest sense to include an individual or group of individuals with similar needs, family member(s), volunteer(s), and/or service provider(s) other than the rehabilitation service provider. Other service providers include teachers, geriatric aides, homemakers, residential/group home staff, early intervention workers, etc.

It is recognized that clients have control over attitudinal factors such as compliance, willingness to participate and contribute as an equal partner, willingness to be accountable for established, realistic outcomes, recognition of their own skill and knowledge, etc. Active participation can only be considered within the context of the client's willingness and competence to do so.

While providers and facilities/programs have little control over many of the identified client attributes affecting active participation, they can control the degree to which the physical/social environment facilitates active participation. Hence, recommendations are presented when these factors can be influenced or facilitated by either providers or facilities/programs.

Factors that influence the client's ability to actively participate in the rehabilitation process include:

A. Characteristics of location, i.e. where the client lives, where the service is provided. Examples: level of isolation, accessibility, options available, equity of resources

B. Social support system available to the client (family, volunteers, etc.)

C. Client's ability to pay for services that facilitate active participation (e.g. transportation costs, support services in the home, etc.)

D. Client's education/literacy level, communication skills and ability to comprehend complex information

E. Personal client attributes:

- knowledge of rehabilitation services, the system and how to access it
- attitudes (e.g. responsibility, commitment, compliance, motivation, perception of one's role in the process)
- competence (ability/capacity to participate in decision making and make choices)
- expectations and recognition of provider's expertise
- coping mechanisms (e.g. ability to deal with pain and depression; client's stage in the grieving process)

WITH REGARD TO THE CLIENT, IT IS RECOMMENDED THAT:

1. **The DHCS ensure equity of rehabilitation services throughout the province, and Region Hospital Corporations ensure equity of rehabilitation services within their respective region based on number of residents, language of service, prevalence of disabilities, sector needs (community vs facilities).**

2. **Services be provided in the community, as close to, or in, the client's natural environment as possible and appropriate.**

3. **Providers and facilities/programs ensure that services are provided in a manner which promotes involvement of the client's support network.**

4. **Service providers recognize that client's have a range of educational and literacy levels and accommodate these differences (i.e. use, where possible, of "plain language" guidelines).**

5. **Facilities/programs implement strategies which promote the development of client-centred/client-driven service delivery:**
   - **providing clients ready access to information and ensuring that providers are prepared to interpret information (e.g. how to access required services, client access to medical reports/records)**
   - **utilizing a "client contract" approach, which clearly identifies mutually agreed upon and clearly understood goals and responsibilities for both client and service provider(s)**

6. **Providers be aware of personal client attributes that may hinder active participation and strive to assist clients to overcome barriers.**

7. **Corporations ensure a mechanism for soliciting feedback and monitoring client satisfaction with measures implemented to increase active participation.**

8. **Facilities/programs support staff participation in public education efforts which directly or indirectly influence attitudes and behaviours affecting active participation.**

9. **Facilities/programs develop a means to promote public awareness of, and support for, active client participation.**

3.2 REHABILITATION SERVICE PROVIDERS

Many providers participate in the rehabilitation process. With emerging trends such as inter-disciplinary and trans-disciplinary teams, program management, primary care and multi-skilled workers, the recommendations in this paper are equally applicable to all rehabilitation service providers. With the traditional model of service delivery promoting dependence and limited participatory decision-making by clients, providers have a major role and responsibility to engage in partnerships with their clients.

Factors related to providers that impact on client's ability to actively participate in the rehabilitation process include:

A. Attitudes and behaviours of providers

- provision of choices/flexibility/ability to relinquish control
- decreased feelings of professional ownership/turf protection
- shift away from adherence to expert model
- expectation of active client participation
- shared decision-making
- recognition/respect for client's experience
- team/partnership approach (consensus building, linkages, networking)

B. **Range of service delivery models or approaches utilized by service providers**

- skills/competency in treatment, education, consultation
- efficient service delivery (respect for client's time in scheduling)

C. **Professional experience**

WITH RESPECT TO SERVICE PROVIDERS, IT IS RECOMMENDED THAT:

10. **Service providers recognize the value of, and be afforded, increased educational opportunities with special emphasis on client-centred/driven service delivery models, the establishment of client partnerships, collaborative principles, interdisciplinary and transdisciplinary team functioning (cross-training and team building).**

11. **Managers of service providers incorporate expectations for client-driven service delivery, and demonstration of attitudes/behaviours which support active client participation, into mission statements, standards, job descriptions, performance appraisals, etc.**

12. **Service providers ensure that a range of service delivery models, based on client-driven principles, are available to meet client needs.**

13. **DHCS facilitate ongoing dialogue between the universities responsible for educating students and clinical facilities/programs to ensure students are familiar with participatory service delivery models and are prepared to adapt service provision as needed to respond to client needs.**

14. **Service providers ensure that services respect client needs and are delivered in the most efficient manner. This may involve strategies such as flexible hours of service delivery, increased use of support personnel, increased home visits, etc.**

6. **Providers be aware of personal client attributes that may hinder active participation and strive to assist clients to overcome barriers.**

7. **Corporations ensure a mechanism for soliciting feedback and monitoring client satisfaction with measures implemented to increase active participation.**

8. **Facilities/programs support staff participation in public education efforts which directly or indirectly influence attitudes and behaviours affecting active participation.**

9. **Facilities/programs develop a means to promote public awareness of, and support for, active client participation.**

3.2 REHABILITATION SERVICE PROVIDERS

Many providers participate in the rehabilitation process. With emerging trends such as inter-disciplinary and trans-disciplinary teams, program management, primary care and multi-skilled workers, the recommendations in this paper are equally applicable to all rehabilitation service providers. With the traditional model of service delivery promoting dependence and limited participatory decision-making by clients, providers have a major role and responsibility to engage in partnerships with their clients.

Factors related to providers that impact on client's ability to actively participate in the rehabilitation process include:

A. Attitudes and behaviours of providers

- provision of choices/flexibility/ability to relinquish control
- decreased feelings of professional ownership/turf protection
- shift away from adherence to expert model
- expectation of active client participation
- shared decision-making
- recognition/respect for client's experience
- team/partnership approach (consensus building, linkages, networking)

B. **Range of service delivery models or approaches utilized by service providers**

- skills/competency in treatment, education, consultation
- efficient service delivery (respect for client's time in scheduling)

C. **Professional experience**

WITH RESPECT TO SERVICE PROVIDERS, IT IS RECOMMENDED THAT:

10. **Service providers recognize the value of, and be afforded, increased educational opportunities with special emphasis on client-centred/driven service delivery models, the establishment of client partnerships, collaborative principles, interdisciplinary and transdisciplinary team functioning (cross-training and team building).**

11. **Managers of service providers incorporate expectations for client-driven service delivery, and demonstration of attitudes/behaviours which support active client participation, into mission statements, standards, job descriptions, performance appraisals, etc.**

12. **Service providers ensure that a range of service delivery models, based on client-driven principles, are available to meet client needs.**

13. **DHCS facilitate ongoing dialogue between the universities responsible for educating students and clinical facilities/programs to ensure students are familiar with participatory service delivery models and are prepared to adapt service provision as needed to respond to client needs.**

14. **Service providers ensure that services respect client needs and are delivered in the most efficient manner. This may involve strategies such as flexible hours of service delivery, increased use of support personnel, increased home visits, etc.**

3.3 REGION HOSPITAL CORPORATIONS

Strategy 3 refers specifically to facilities (e.g. hospitals) and programs (e.g. the Extra-Mural Rehabilitation Resources Community Pool) providing rehabilitation services. This section, then, considers organizational and administrative policies and practices as well as the social and physical environment which may impact on active client participation. Identified factors include:

A. Philosophical orientation, policies and procedures affecting active participation, e.g. use of volunteers, safety policies, chart access, management styles.

B. Referral/access to rehabilitation service providers.

C. Organization/management of programs.
- accessible information regarding programs
- where service is delivered
- hours of service delivery
- how service is delivered (eg. use of support personnel, service delivery options that include and value consultation and education, etc)

D. Physical/social environment which may impact upon independence and active participation (eg. availability of parking for persons with disabilities, institutional environment, overprotective family, etc).

E. Linkages between facilities and programs.
- communication amongst providers
- transportation within the regional network

WITH RESPECT TO CORPORATIONS, IT IS RECOMMENDED THAT:

15. **Facilities/programs review and revise policies/procedures to ensure that there is no conflict with the desired outcome of increased active participation in the rehabilitation process.**

    Should identified revisions necessitate changes to existing legislation, a request for legislative review should be forwarded to DHCS.

    Policies and procedures should be clearly articulated to ensure

that clients are aware of, and may exercise their rights to actively participate. Policies and procedures should also, where possible, be congruous amongst the various sectors of the system.

16. Facilities/programs implement measures to support management and team interactions which empower staff (i.e. service providers) to actively participate in the decision-making process. Empowered team members in turn empower clients to actively participate in the rehabilitation process.

17. Facilities/programs ensure direct referral/access to service providers, particularly those providing services through the community pool and hospital out-patient departments.

18. Facilities/programs provide flexible hours of service (evenings and weekends) in the most appropriate environment, and in locations in, or as close to home as practical and reasonable.

19. Facilities/programs, together with DHCS, negotiate funding to increase support personnel positions (including clerical support) in order to maximize available clinical time.

20. Facilities/programs give the same emphasis and value to service delivery models that include consultation and education as to treatment.

21. Facilities/programs ensure availability and enforcement of an appropriate number of parking spaces for persons with disabilities.

22. Facilities/programs establish strong linkages which facilitate direct referral, access to and sharing of information and easy transition amongst facilities/programs.

4.0 CONCLUSIONS

Strategy 3 of the Rehabilitative Services Plan identifies the need for individuals, family and volunteers to participate more actively in the rehabilitation process and recognizes the need to facilitate the further development of an enabling environment to promote this change. Region Hospital Corporations and managers of community-based services have been charged with the task of creating an environment conducive to active participation.

This paper identified three groups as key participants in the successful implementation of this strategy: the client, the rehabilitation service provider and the hospital corporation. Each has been described from the context of factors which either enhance or interfere with the client's ability to participate actively in the rehabilitation process. Each group has a unique role and shared responsibility to change in order to create a truly enabling environment for active client participation.

It is anticipated that the identified recommendations, which reflect major attitudinal and behavioral shifts in approach as well as changes to organizational policies, procedures and the physical/social environment, will result in a more enabling environment for client participation in the rehabilitation process.

Appendix A

Rehabilitation Services Advisory Committee

Position Statement:
The Creation of an Enabling Environment for the Active Participation of Individuals, Families and Volunteers in the Rehabilitation Process

Introduction

Strategy 3 of the Rehabilitation Services Plan states "Region Hospital Corporations and managers of community-based services will create an enabling environment for the active participation of the individual, family and volunteers in the rehabilitation process." Active participation is essential to achieve expected outcomes and to promote independent function after completion of the formal rehabilitation process. The purpose of this position statement is to promote an understanding of the concepts and principles that are the foundation of an enabling environment.

Key Concepts

Client: The word "client" is used in its broadest sense to include an individual or group, family members, volunteer(s), and/or service provider(s) other than the rehabilitation service provider.

Enable: Webster's Dictionary defines "enable" as "to make able, provide with means, opportunity, power or authority (to do something or to make possible or effective)."

Participate: Webster's Dictionary defines "participate" as "to take part, to have a share in something".

Therefore, an enabling environment is one in which clients are able to actively take part and share in the rehabilitation process with service providers, resulting in enhanced client satisfaction and improved functional outcomes.

Framework

An environment that promotes active client participation in the rehabilitation process is based on the following principles:

- Service provision is client focused, respectful of client values, and appropriate to the client's environment;
- Promotion of self-sufficiency;
- Clients have the right and responsibility to make informed choices;
- Provision of timely, accurate and appropriate information and education by service providers to assist clients in making knowledgeable choices;
- Shared responsibility and accountability between client and service provider to identify, agree to, and achieve expected service outcomes;
- Mutual respect, partnership, collaboration, and communication characterize the relationship between service provider and client;
- Collaboration between service providers to meet client needs and achieve expected outcomes; and
- Inclusion of both attitudinal and physical components.

An understanding of these principles must be promoted and adopted by: clients, the public at large, service providers, employers, and funding agencies.

The result will be a shared partnership recognizing the professional's expertise and the client's experience. The client and the service provider together identify and agree to the expected outcome of service. The service provider is responsible for explaining expected outcomes and for the provision of efficient and effective rehabilitation service. The client is responsible for effecting the recommended changes and for informing the professional of any changes that may affect the mutually agreed upon outcomes.

Summary and Recommendation

The Rehabilitation Services Advisory Committee strongly endorses the creation of an enabling environment for the active participation of individuals, families and volunteers in the rehabilitation process.

The Rehabilitation Services Plan charges facilities and programs with the task of creating an enabling environment for the active participation of the individual, family and volunteers in the rehabilitation process. It is recognized that the creation of this environment will require certain changes in public and service providers attitudes. Changes may also be required in policies, procedures and/or legislation within facilities and programs.

The Rehabilitation Services Advisory Committee recommends that this position statement be the starting point for discussion amongst individuals and groups involved in the provision of rehabilitation services.

December 1995

Appendix B

RESPONDENTS
RSAC POSITION STATEMENT

"The Creation of an Enabling Environment for the Active Participation of Individuals, Families and Volunteers in the Rehabilitation Process."

As of June 12, 1996 feedback has been received from the following:

ASSOCIATIONS/ORGANIZATIONS:

New Brunswick Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists
Linda Walsh, President
New Brunswick Medical Society
David Balmain, Executive Director
Multiple Sclerosis Society of Canada (Atlantic Division)
Lori Payne, Director of Individual and Family Services
People Care Inc.
Susan Barrie, Executive Director
New Brunswick Association of Nursing Homes, Inc
Terrance LeBlanc, Executive Director
Society of Orthotists and Prosthotists of NB
Patricia Hayston, President
Epilepsy New Brunswick
Mark McGillivray, President
New Brunswick Psychiatric Association
Dr. Roger Guzman, President

MENTAL HEALTH COMMISSION:

Community Mental Health Services (Miramichi)
Bob MacDonald, Regional Executive Director
Community Mental Health Services (Saint John)
Dayle Doran, Program Manager, Adult Services
Pierre Caissie Centre, Moncton
Charles Emmrys, Ph. D.

NB EXTRA-MURAL HOSPITAL:

NB Extra-Mural Hospital (Headquarters) - David Baird, Coordinator of Physiotherapy Services
NB Extra-Mural Hospital (Fredericton Service Delivery Unit) - Annette Fields, Physiotherapist
NB Extra-Mural Hospital (Oromocto Service Delivery Unit) - Sharon Burns

FAMILY AND COMMUNITY SOCIAL SERVICES:

FSSC, Edmundston (Région 4) - Lise Nadeau, Superviseure
FSSC, Campbellton (Région 5) - Denis Savoie, Coordonnateur de programmes
FCSS, Campbellton (Region 5) - Karen Kruegaer, SLP, SSE
FSSC, Caraquet (Région 6) - Claude Savoie, Directeur régional
FCSS, Miramichi (Region 7) - Joan Sharpe, Regional Director

REGION HOSPITAL CORPORATIONS:

Region 1: Beauséjour Hospital Corporation
Mireille Lanouette, Vice-présidente des services professionnels
South-East Health Care Corporation
Ruth Duffey, Vice-President, Patient Programs

Region 2: Ann Connolly, Coordinator Physiotherapy, SJRH
Margaret Melanson, Region Manager - Speech Pathology
Dr. L. Simon, VP Medical Affairs

Region 4: Hôpital Régional d'Edmundston
Jean Hubert, Directeur des Services cliniques
Chantal Ayotte, PT

Grand Falls General Hospital
Claudine Godbout-Lavoie, SLP

Region 5: Corporation de Services de Santé du Restigouche
Michelle Bourgoin-Collas, Vice-présidente aux Services professionnels

Region 6: Nor'East Health Network
Silvana Bosca, Rehabilitation Manager

RSP WORKING GROUPS:

Working Group 1: Karen Dickinson, SCCR

OTHER:

Workplace Health, Safety and Compensation Commission of NB
Barbara Keir, Director

Department of Education
Alex Dingwall, Assistant Director, Student Services

Prepared by: RSAC
(Sub-Committee re: Strategy 3)
June 12, 1996

Appendix C

SUMMARY OF RESPONSES
RSAC POSITION STATEMENT

"The Creation of an Enabling Environment for the Active Participation of Individuals, Families and Volunteers in the Rehabilitation Process."

As of June 12, 1996, feedback has been received from a wide variety of consumer groups, professional associations and employers of rehabilitation professionals as well as professionals themselves. The following represent a summary of responses representing commonly re-occurring themes.

NEED FOR COMMUNICATION:

* amongst health care providers to decrease duplication and inappropriate treatment
* develop a process for communication
* periodic case conferences
* identify goals and objectives with client
* need honesty and to communicate at client's level
* interdisciplinary team approach with client as active member
* at opportune time (may not always be wise to disclose)
* flexibility to adapt as problem evolves

NEED FOR EDUCATION:

* information to make knowledgable decisions
* for prevention (eg. injury)
* must allocate sufficient resources (eg. further education) to effect positive attitude changes for clients and service providers
* include rehabilitation perspective in health promotion
* need resources for education to minimize disability, etc

* for support groups and volunteers
* re: benefits of rehabilitation (why is client going)
* promotion of client's role
* clear instruction to managers to support active client participation
* on how to make acceptable compromises to collaboratively determine treatment plans
* for clients re: disease, prognosis and importance of participation
* re: client's responsibilities
* to universities, MD's, clients re: new direction

CHANGING ROLES/ATTITUDES:

* well defined role for volunteers
* professionals should act as guide/consultant in rehabilitation process
* medical model has rendered clients passive
* need to revise client attitudes to promote independence
* professionals must accept that the client has much to offer
* conflict between client making choices and acceptable risks for hospital and professional
* family and support - must be seen as an integral part of rehabilitation
* client may be unable to actively participate or follow through
* family vs. client wishes may conflict
* changing roles may impact on available caseload time; may involve need for additional clerical/counselling services/sufficient staffing levels

ACCESSIBILITY:

* flexible hours of service
* easy to locate and get to

* design / layout should facilitate team approach

* centralized rehabilitation services

* timely assessment and treatment

* employers should be more flexible re: work environment and employment policies

OUTCOMES:

* increase use of client contracts
  - with plans, roles, consequences, discussions (mutually determined case plans)
  - to include client's responsibility (eg. home exercises)
  - client's rights
  - to achieve highest level of independence

* set clear objectives (realistic for professionals and clients)

* monitor to ensure client needs met

* use feedback from client's satisfaction surveys (recognize client's may not answer honestly)

* more formalized needs assessment

* keep formal assessment at minimum

OTHER:

* disability groups need input

* access to training and employment is required for rehabilitation participants

* psychiatric rehabilitation - need for continuous indefinite treatment of lifelong mental disabilities so symptoms can be controlled, relapses decreased and performance of the chronically ill be optimized in social, vocational, educational and familial functions

* must shift from medical "fix-it" to self-directed approach

* use functional vs. medically based requests for services

* need tools for client to participate more actively (eg. client contracts)

* that MD's embrace enabling environment for active participation

PREPARED BY: RSAC
(Sub-Committee re: Strategy 3)
June 12, 1996
(RSAC.doc)

Recommandations visant à promouvoir

« la création d'un cadre qui favorise la partipation active des clients, des familles et des bénévoles au processus de réadaptation»

Produit par : Le Comité consultatif sur les services de réadaptation
Le 12 juin 1996

1.0 INTRODUCTION

Le ministre de la Santé et des Services communautaires a demandé au Comité consultatif sur les services de réadaptation (CCSR) de le conseiller au sujet de la mesure 3 du Plan des services de réadaptation (PSR). Le plan recommande une réorientation de l'organisation et de la prestation des services de réadaptation subventionnés par la province afin d'en améliorer l'efficacité. Aux fins du PSR, les dispensateurs de services sont les audiologistes, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes et les orthophonistes. Le présent document, bien qu'il vise directement les quatre groupes désignés dans le PSR, ne limite pas ses recommandations à ces seules professions. En effet, dans le contexte du présent document, le dispensateur de services de réadaptation peut être l'un ou l'autre des nombreux groupes de dispensateurs qui participent au processus de réadaptation.

La mesure 3 est la suivante :

> « Les corporations hospitalières régionales et les responsables des services communautaires créeront un cadre qui favorisera la participation active du client, de la famille et des bénévoles dans le processus de réadaptation. Il faudra peut-être modifier les politiques, les procédures et les règlements applicables aux établissements et aux programmes »

Comme première étape de l'étude consultative de la mesure 3, le comité a élaboré un énoncé de position dans le but d'expliquer les concepts et les principes qui constituent la fondation sous-jacente à un cadre qui favorise la participation active au processus de réadaptation (annexe A). L'énoncé de position a été présenté au ministre de la Santé et des Services communautaires en janvier 1996. Le ministre a par la suite appuyé la recommandation du comité voulant que l'énoncé de position serve à amorcer la discussion sur la manière dont les établissements et les programmes pourraient intégrer le concept de la participation active des personnes, des familles et des bénévoles au processus de réadaptation. En avril 1996, l'énoncé de position a été distribué aux groupes suivants :

· le Comité de mise en oeuvre du Plan des services de réadaptation;

· les trois groupes de travail du PSR;

· tous les organismes ayant nommé des membres au Comité;

· des groupes de consommateurs et d'action;

· les employeurs des professionnels en réadaptation.

Des réactions ont été sollicitées et prises en compte dans la rédaction du présent document.

À la suite de l'acceptation de l'énoncé de position, le comité a déterminé que l'étape suivante à franchir était l'élaboration d'un document contenant des recommandations sur la question. Le présent document contient donc des recommandations précises visant à promouvoir un cadre qui favorise la participation active au processus de réadaptation. Il concerne uniquement les établissements des corporations hospitalières régionales et les services communautaires visés par la mesure 3 du PSR. La détermination des facteurs qui peuvent promouvoir ou encore entraver la création d'un cadre favorable au sein des établissements et des programmes a mené à des recommandations sur une stratégie pour l'avenir.

2.0 PRINCIPES DIRECTEURS

La participation du client au processus de réadaptation est essentielle si l'on veut atteindre les résultats escomptés (c.-à-d. maintenir ou améliorer le fonctionnement du client dans son milieu naturel, ou prévenir l'impotence fonctionnelle), accroître la satisfaction du client et favoriser son autonomie fonctionnelle tout au long et après l'achèvement du processus officiel

Un cadre qui favorise la participation active du client au processus de réadaptation repose sur les principes suivants :

1. La prestation des services est axée sur le client, respecte les valeurs du client et est appropriée au milieu du client.

2. La prestation des services est équitable, sans discrimination fondée sur la race, la religion, la langue, l'âge, le sexe ou l'origine ethnique.

3. La prestation des services encourage l'autonomie.

4. Les clients ont le droit et la responsabilité de faire des choix éclairés.

5. Les dispensateurs de services informent et éduquent les clients de manière opportune, exacte et appropriée pour les aider à faire des choix informés.

6. Les clients et les dispensateurs de services ont des responsabilités et des obligations communes et distinctes pour ce qui est de déterminer et d'atteindre les résultats escomptés et de s'entendre sur ceux-ci.

7. La relation entre le dispensateur de services et le client est perçue comme un partenariat caractérisé par le respect mutuel, la collaboration et la communication.

8. Les dispensateurs de services collaborent entre eux pour répondre aux besoins du client et atteindre les résultats escomptés.

9. Les dispensateurs de services reconnaissent les éléments relatifs aux attitudes aussi bien qu'aux aspects physiques d'un cadre favorable et en tiennent activement compte.

Un milieu fondé sur ces principes permettra l'établissement d'un partenariat qui reconnaît et valorise à la fois la compétence du dispensateur de services et l'expérience du client.

3.0 DÉTERMINATION DES FACTEURS ET RECOMMANDATIONS

On reconnaît que, dans la poursuite de l'objectif de participation active du client, on ne peut ignorer les nombreux groupes qui peuvent influencer le processus de changement, chaque groupe ayant des responsabilités uniques et accessoires vis-à-vis l'amorce des changements nécessaires. Il s'agit notamment du grand public, des établissements d'enseignement, des associations professionnelles, des groupes d'action et d'intérêt et du ministère de la Santé et des Services communautaires. Toutefois, le présent document, dont le but est de formuler des recommandations concrètes et réalisables à l'intention des corporations hospitalières régionales et des responsables de services communautaires, s'arrêtera en particulier sur trois :

- → LES CLIENTS,
- → LES DISPENSATEURS DE SERVICES DE RÉADAPTATION,
- → LES CORPORATIONS HOSPITALIÈRES (établissements et programmes).

Il est attribué à chaque groupe des facteurs qui lui sont particuliers et dont il a le contrôle ou qu'il peut influencer, facteurs qui peuvent soit encourager, soit entraver la création d'un cadre qui favorise la participation active du client au processus de réadaptation.

:

1. Caractéristiques du lieu (où habite le client, où le service est fourni). Par exemple : degré d'isolement, accessibilité, choix possibles, équité des ressources.

2. Système de soutien social dont bénéficie le client (famille, bénévoles, etc.).

3. Capacité du client de payer pour des services qui facilitent la participation active (transport, services de soutien à domicile, etc.).

4. Degrés de scolarité et d'alphabétisation, capacité de communiquer et capacité du client de comprendre des renseignements complexes.

5. Qualités personnelles du client :

   ★ connaissance des services de réadaptation, du système et des moyens

   ★ attitudes (responsabilité, engagement, conformité, motivation, perception de son rôle dans le processus, etc.);

   ★ compétence (capacité de participer à la prise de décisions et de faire des choix);

   ★ attentes en rapport avec la compétence du dispensateur et reconnaissance de celle-ci;

   ★ mécanismes d'adaptation (capacité de faire face à la douleur et à la dépression, progression du client dans le processus de deuil, etc.).

RECOMMANDATIONS RELATIVES AU CLIENT :

1. Que le Ministère s'assure de l'équité des services de réadaptation partout dans la province et que les corporations hospitalières régionales s'assurent de l'équité des services de réadaptation au sein de leur région en fonction du nombre de résidents, de la langue de service, de la prévalence des incapacités et des besoins par secteur (milieu communautaire c. établissements).

2. Que les services soient fournis dans la collectivité, dans le milieu naturel du client ou dans le milieu le plus proche du milieu naturel, dans la mesure du possible et selon le cas.

3. Que les dispensateurs et les établissements et programmes s'assurent que les services sont dispensés d'une manière qui stimule la participation du réseau de soutien du client.

4. Que les dispensateurs de services reconnaissent que leurs clients présentent un large éventail de degrés de scolarité et d'alphabétisation et qu'ils s'adaptent à ces différences (par ex., s'efforcer de suivre les principes du langage clair et simple).

5. Que les établissements et programmes mettent en oeuvre des stratégies qui encouragent l'élaboration d'une prestation de services axée sur le client :

   ★ assurer aux clients un accès facile à l'information et veiller à ce que les dispensateurs soient disposés à interpréter l'information (par ex., comment obtenir les services nécessaires, l'accès des clients aux

   ★ appliquer une approche contractuelle qui établit clairement les buts et les responsabilités sur lesquels le client et le dispensateur de services s'entendent mutuellement et qu'ils comprennent clairement.

6. Que les dispensateurs soient conscients des qualités personnelles des clients qui pourraient nuire à la participation active et qu'ils s'efforcent d'aider les clients à surmonter les obstacles.

7. Que les corporations voient à la mise en place d'un mécanisme permettant de recueillir les réactions et de surveiller la satisfaction des clients, assorti de mesures visant à accroître la participation active.

8. Que les établissements et programmes soutiennent la participation du personnel aux efforts d'éducation publique qui ont une influence directe ou

indirecte sur les attitudes et les comportements touchant la participation active.

9. Que les établissements et programmes mettent au point un moyen de sensibiliser le public à la participation active des clients et d'obtenir son soutien.

3.2 LES DISPENSATEURS DE SERVICES DE RÉADAPTATION

De nombreux dispensateurs participent au processus de réadaptation. Étant donné les nouvelles tendances telles que les équipes interdisciplinaires et transdisciplinaires, la gestion de programmes, les soins primaires et les travailleurs polyvalents, les recommandations du présent document s'appliquent également à tous les dispensateurs de services de réadaptation. Comme le modèle traditionnel de la prestation de services amène la dépendance et une participation limitée des clients à la prise de décisions, l'établissement de partenariats avec les clients devient un rôle et une responsabilité majeurs des dispensateurs.

Parmi les facteurs liés aux dispensateurs qui influent sur la capacité du client de participer activement au processus de réadaptation, mentionnons les suivants :

A. Attitudes et comportements des dispensateurs

- ★ offrir des choix, être souple, être capable d'abandonner le contrôle;
- ★ la protection du territoire professionnel perd de l'importance;
- ★ s'éloigner de l'observation du modèle expert;
- ★ s'attendre à la participation active du client;
- ★ reconnaître et respecter l'expérience du client;
- ★ adopter une approche d'équipe, de partenariat (établir un consensus, des liens,

B. Gamme de modèles ou d'approches utilisés par les dispensateurs de services dans la prestation de services :

- ★ connaissances et compétences dans le traitement, l'éducation et la consultation;
- ★ prestation de services efficiente (respecter le temps du client dans l'établissement des rendez-vous).

C. Expérience professionnelle

RECOMMANDATIONS RELATIVES AUX DISPENSATEURS DE SERVICES :

10. Que les dispensateurs de services reconnaissent la valeur et puissent bénéficier de possibilités de formation accrues qui insistent tout particulièrement sur les modèles de prestation de services axée sur la clientèle, l'établissement de partenariats avec les clients, les principes de la collaboration et le fonctionnement en équipe interdisciplinaire et transdisciplinaire (formation polyvalente et constitution d'équipes).

11. Que les responsables des dispensateurs de services incorporent aux énoncés de missions, normes, descriptions de poste, évaluations du rendement et autres, les attentes vis-à-vis la prestation de services axée sur la clientèle et une description des attitudes et des comportements qui soutiennent la participation active des clients.

12. Que les dispensateurs de services s'assurent qu'une gamme de modèles de prestation de services, fondés sur les principes de la prestation axée sur le client, soit offerte pour répondre aux besoins des clients.

13. Que le Ministère favorise un dialogue permanent entre les universités chargées de l'enseignement des étudiants et les établissements et programmes cliniques

pour veiller à ce que les étudiants se familiarisent avec les modèles de prestation de services participatifs et soient prêts à adapter la prestation des services pour répondre aux besoins des clients lorsqu'il y a lieu.

14. Que les dispensateurs de services s'assurent que les services respectent les besoins des clients et sont dispensés de la manière la plus efficiente. Il peut s'agir de stratégies telles des heures souples de prestation des services, un recours accru au personnel de soutien, des visites à domicile plus fréquentes, etc.

3.3 LES CORPORATIONS HOSPITALIÈRES RÉGIONALES

La mesure 3 vise en particulier les établissements (par ex., les hôpitaux) et les programmes (par ex., la réserve communautaire des ressources en réadaptation du Programme extra-mural). La présente section se penche donc sur les politiques et méthodes organisationnelles et administratives ainsi que sur le milieu social et physique pouvant influer sur la participation active du client. Les facteurs déterminés sont les suivants :

1. Principes, politiques et procédures qui touchent la participation active, dont le recours à des bénévoles, les politiques en matière de sécurité, l'accès aux dossiers médicaux et les styles de gestion.

2. Aiguillage et accès aux dispensateurs de services de réadaptation.

3. Organisation et gestion des programmes :
   - ★ facilité d'accès à l'information au sujet des programmes;
   - ★ lieu de prestation des services;
   - ★ heures de prestation des services;
   - ★ mode de prestation des services (recours au personnel de soutien, méthodes de prestation de services qui comprennent et valorisent la consultation et l'éducation, etc.).

4. Le milieu physique et social qui peut influer sur l'autonomie et la participation active (possibilité de stationnement pour les personnes ayant des handicaps, le client est en établissement, famille surprotectrice, etc.).

5. Liens entre les établissements et les programmes :
   - ★ communication parmi les dispensateurs;
   - ★ transport dans les limites du réseau régional.

RECOMMANDATIONS RELATIVES AUX CORPORATIONS :

15. Que les établissements et programmes examinent et révisent leurs politiques et leurs procédures pour s'assurer que celles-ci ne vont pas à l'encontre du résultat recherché, à savoir une participation active accrue au

Si les révisions déterminées nécessaires exigent des modifications législatives, une demande de révision législative devra être transmise au

Les politiques et les modalités devront être clairement formulées afin que les clients connaissent et puissent exercer leurs droits de participer activement. Les politiques et les procédures devront aussi, dans la mesure du possible, pouvoir s'appliquer à tous les secteurs du système.

16. Que les établissements et programmes mettent en oeuvre des mesures visant à soutenir parmi la direction et les équipes des interactions qui amènent le personnel (les dispensateurs de services) à participer activement à la prise de décisions. À leur tour, les membres des équipes ainsi responsabilisés amènent les clients à participer activement au processus de

17. Que les établissements et programmes voient à ce que l'aiguillage ou l'accès aux dispensateurs de services soit direct, en particulier ceux qui fournissent leurs services par l'entremise de la réserve communautaire ou des services hospitaliers ambulatoires.

18. Que les établissements et programmes offrent des heures de service souples (en soirée et en fin de semaine) dans le milieu le plus approprié et dans des

22. Que les établissements et programmes créent des liens solides qui facilitent l'aiguillage direct, l'accès à l'information et le partage d'information, ainsi qu'une transition facile parmi les établissements et les programmes.

Annexe A

Comité consultatif sur les services de réadaptation

Énoncé de position :
La création d'un cadre qui favorise la participation active des clients, des familles et des bénévoles

Introduction

La mesure 3 du Plan des services de réadaptation précise que « Les corporations hospitalières régionales et les responsables des services communautaires créeront un cadre qui favorisera la participation active du client, de la famille et des bénévoles dans le processus de réadaptation ». La participation active est essentielle pour atteindre les résultats escomptés et promouvoir l'autonomie fonctionnelle après l'achèvement du processus officiel de réadaptation. Le présent énoncé de position a pour objet de favoriser la compréhension des concepts et des principes qui sont le fondement d'un milieu propice.

Concepts clés

Client : le terme « client » est employé dans son sens le plus large pour englober une personne ou un groupe, les membres de la famille, les bénévoles et les dispensateurs de services autres que le dispensateur de services de réadaptation.

Favoriser : selon le *Petit Robert*, le terme « favoriser » signifie aider, contribuer au développement, au succès de quelque chose.

Participer : selon le *Petit Robert*, le terme « participer » signifie prendre part à quelque chose.

Par conséquent, un cadre favorable est un cadre dans lequel les clients sont en mesure de prendre une part active et de contribuer au processus de réadaptation avec les dispensateurs de services; il s'ensuit une satisfaction accrue des clients et à de meilleurs résultats du côté fonctionnel.

Principes directeurs

Un cadre qui encourage la participation active des clients au processus de réadaptation repose sur les principes suivants :

- la prestation de services est axée sur le client, respectueuse des valeurs du client et appropriée au milieu du client;
- l'autosuffisance est encouragée;
- les clients ont le droit et la responsabilité de faire des choix éclairés;
- les dispensateurs de services informent et éduquent les clients de manière opportune, exacte et appropriée pour les aider à faire des

- les clients et les dispensateurs de services ont des responsabilités et des obligations communes pour ce qui est de déterminer et d'atteindre les résultats escomptés et de s'entendre sur ceux-ci;
- la relation entre le dispensateur de service et le client est caractérisée par le respect mutuel, le partenariat, la collaboration et la communication;
- les dispensateurs de services collaborent entre eux pour répondre aux besoins du client et atteindre les résultats escomptés;
- des éléments relatifs aux attitudes aussi bien qu'aux aspects physiques sont inclus.

La compréhension de ces principes doit être encouragée et adoptée par les clients, le grand public, les dispensateurs de services, les employeurs et les organismes de financement.

Il s'ensuivra un partenariat commun qui reconnaît la compétence du professionnel et l'expérience du client. Le client et le dispensateur de services déterminent ensemble le résultat escompté du service et s'entendent sur ce résultat. Le dispensateur de

services a la responsabilité d'expliquer les résultats escomptés et de fournir un service de réadaptation efficient et efficace. Le client a la responsabilité d'appliquer les changements recommandés et d'informer le professionnel de tout changement qui pourrait influencer les résultats qui ont été convenus.

Sommaire et recommandations

Le Comité consultatif sur les services de réadaptation appuie vivement la création d'un cadre qui favorise la participation active des personnes, des familles et des bénévoles au processus de réadaptation.

Le Plan des services de réadaptation confie aux établissements et aux programmes la tâche de créer un cadre qui favorise la participation active des personnes, des familles et des bénévoles au processus de réadaptation. Il est admis que la création de ce cadre exigera certains changements dans les attitudes du public et des dispensateurs de services. Des changements pourront également être nécessaires dans les politiques, procédures ou mesures législatives relatives aux établissements et aux programmes.

Le Comité consultatif sur les services de réadaptation recommande que le présent énoncé de position soit le point de départ d'une discussion parmi les personnes et les groupes prenant part à la prestation des services de réadaptation.

Association de psychiatrie du Nouveau-Brunswick
D[r] Roger Guzman, président

COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE :

Services de santé mentale communautaires (Miramichi)
Bob MacDonald, directeur général régional
Services de santé mentale communautaires (Saint-Jean)
Dayle Doran, responsable de programmes, Services aux adultes
Centre Pierre Caissie, Moncton
Charles Emmrys, Ph. D.

HÔPITAL EXTRA-MURAL DU NOUVEAU-BRUNSWICK :

Hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick (bureau central) - David Baird, coordonnateur des Services de physiothérapie
Hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick (unité de prestation de services de Fredericton) - Annette Fields, physiothérapeute

Hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick (unité de prestation de services d'Oromocto) - Sharon Burns

FAMILLE ET SERVICES SOCIAUX COMMUNAUTAIRES :

FSSC, Edmundston (Région 4) - Lise Nadeau, superviseure
FSSC, Campbellton (Région 5) - Denis Savoie, coordonnateur de programmes
FCSS, Campbellton (Région 5) - Karen Kruegaer, ORT, SSÉ
FSSC, Caraquet (Région 6) - Claude Savoie, directeur régional
FCSS, Miramichi (Région 7) - Joan Sharpe, directrice régionale

CORPORATIONS HOSPITALIÈRES RÉGIONALES :

Région 1 : Corporation hospitalière Beauséjour
Mireille Lanouette, vice-présidente des Services professionnels
Corporation des soins de santé du Sud-Est
Ruth Duffey, vice-présidente, Programmes aux patients

: Ann Connolly, coordonnatrice, Physiothérapie, HRSJ
Margaret Melanson, responsable régionale, Orthophonie
D[r] L. Simon, vice-président, Affaires médicales

: Hôpital régional d'Edmundston
Jean Hubert, directeur des Services cliniques
Chantal Ayotte, PHY

Hôpital général de Grand-Sault
Claudine Godbout-Lavoie, ORT

Région 5 : Corporation des services de santé du Restigouche
Michelle Bourgoin-Collas, vice-présidente aux Services professionnels

Région 6 : Réseau Santé Nor'est
Silvana Bosca, responsable des Services de réadaptation

GROUPES DE TRAVAIL DU PSR :

Groupe de travail 1 : Karen Dickinson, SCCR

AUTRES :

Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents au travail du Nouveau-Brunswick
Barbara Keir, directrice

Ministère de l'Éducation
Alex Dingwall, directeur adjoint, Services aux étudiants

: CCSR
(Sous-comité sur la mesure 3)
le 12 juin 1996

Annexe C

SOMMAIRE DES RÉPONSES À L'ÉNONCÉ DE POSITION DU CCSR

La création d'un cadre qui favorise la participation active des clients, des familles et des bénévoles dans le processus de réadaptation

Au 12 juin 1996, des réactions avaient été reçues d'un large éventail de groupes de consommateurs, d'associations professionnelles et d'employeurs de professionnels en réadaptation ainsi que des professionnels eux-mêmes. Voici un résumé des réponses qui sont représentatives des thèmes fréquemment mentionnés.

BESOIN DE COMMUNICATION :

- ★ communication parmi les dispensateurs de soins de santé, afin de diminuer les chevauchements et les traitements non appropriés;
- ★ élaborer une méthode de communication;
- ★ conférences de cas périodiques;
- ★ déterminer les buts et les objectifs avec le client;
- ★ nécessité d'être honnête et de communiquer au niveau du client;
- ★ approche interdisciplinaire englobant le client à titre de membre actif;
- ★ en temps opportun (il n'est pas toujours judicieux de divulguer);
- ★ faire preuve de souplesse pour s'adapter à l'évolution du problème.

:

- ★ transmettre l'information pour la prise de décisions éclairées;
- ★ dans un but de prévention (par ex., pour éviter une blessure);
- ★ des ressources suffisantes doivent être affectées (par ex., formation complémentaire) afin d'amener des changements positifs dans les attitudes des clients et des dispensateurs de services;
- ★ inclure un volet réadaptation dans la promotion de la santé;
- ★ ressources nécessaires pour éduquer afin de minimiser les incapacités, etc.;

- ★ pour les groupes de soutien et les bénévoles;
- ★ avantages de la réadaptation (pourquoi le client reçoit des services);
- ★ promotion du rôle du client;
- ★ clairement demander aux responsables de soutenir la participation active des clients;
- ★ comment faire des compromis acceptables afin de déterminer les plans de traitement en collaboration;
- ★ pour les clients : maladie, pronostic et importance de la participation;
- ★ responsabilités du client;
- ★ aux universités, aux médecins, aux clients, etc. : nouvelle orientation.
- ★

ÉVOLUTION DES RÔLES ET DES ATTITUDES :

- ★ rôle des bénévoles bien défini;
- ★ les professionnels devraient agir comme guide ou conseiller dans le processus de réadaptation;
- ★ le modèle médical a rendu les clients passifs;
- ★ nécessité de revoir les attitudes des clients afin de promouvoir l'autonomie;
- ★ les professionnels doivent accepter que le client a beaucoup à offrir;
- ★ il y a conflit entre le client qui fait des choix et les risques acceptables pour l'hôpital et le professionnel;
- ★ famille et soutien : partie intégrante de la réadaptation;
- ★ le client est peut-être incapable de participer activement ou jusqu'au bout;
- ★ les désirs de la famille peuvent entrer en conflit avec ceux du client;
- ★ les rôles changeants peuvent influer sur le temps à consacrer aux clients - des services additionnels de secrétariat et de counselling peuvent être nécessaires, ainsi que des effectifs accrus.

ACCESSIBILITÉ :

- ★ souplesse des heures de service;
- ★ facile de trouver le lieu de prestation et de s'y rendre;
- ★ l'aménagement doit favoriser une approche d'équipe;
- ★ services de réadaptation centralisés;
- ★ évaluation et traitement en temps opportun;
- ★ plus grande souplesse des employeurs relativement au milieu de travail et aux politiques liées à l'emploi.

RÉSULTATS :

- ★ recours accrus aux contrats avec les clients :
  - plans, rôles, conséquences, discussions (plans d'intervention mutuellement acceptables);
  - comprend la responsabilité du client (par ex., exercices à la maison); droits du client;
  - vise le niveau d'autonomie le plus élevé.
- ★ établir des objectifs clairs (réalistes pour les professionnels et pour les clients);
- ★ surveiller si les besoins du client sont satisfaits;
- ★ se servir de la rétroaction obtenue par des sondages sur la satisfaction des clients (reconnaître que le client ne répond pas nécessairement avec honnêteté);
- ★ évaluation plus structurée des besoins;
- ★ garder les évaluations officielles à un minimum.

AUTRES :

- ★ les groupes de personnes ayant des incapacités doivent faire connaître leur avis;
- ★ les participants à la réadaptation doivent avoir accès à de la formation et à de l'emploi;
- ★ réadaptation psychiatrique : nécessité de traiter indéfiniment et continuellement les incapacités mentales afin que les symptômes puissent être maîtrisés, que les rechutes soient moins nombreuses et que le rendement des malades chroniques puisse être optimisé sur les plans social, professionnel, éducatif et familial.
- ★ délaisser l'approche médicale « correctrice » pour une approche auto-dirigée;

★ favoriser les demandes de services axées sur la fonctionnalité plutôt que sur l'aspect

★ nécessité d'avoir des outils pour permettre une participation plus active des clients (par ex., contrats);

★ les médecins doivent adopter le concept du milieu qui favorise la participation active.

:

CCSR
(Sous-comité sur la mesure 3)
le 12 juin 1996